Capetillo y Martinez (J. J.)

¿Cuál es el método más seguro y eficaz para detener la hemorragia y salvar á las madres y áun á algunos niños en los casos de implantacion viciosa de la placenta?

TÉSIS

QUE PARA OPTAR LA PLAZA DE ADJUNTO

Á LA CÁTEDRA DE

CLÍNICA OBSTETRICIAL

DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE MÉXICO

PRESENTA ANTE EL JURADO CALIFICADOR

EL PROFESOR

José Ygnacio Capetillo y Martinez.



MÉXICO

IMPRENTA DE IGNACIO ESCALANTE,
Bajos de San Agustin, num. 1.

1878

¿Cuál es el método más seguro y eficaz para detener la hemorragia y salvar á las madres y áun á algunos niños en los casos de implantacion viciosa de la placenta?

TÉSIS

QUE PARA OPTAR LA PLAZA DE ADJUNTO

Á LA CÁTEDRA DE

CLÍNICA OBSTETRICIAL

DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE MÉXICO

PRESENTA ANTE EL JURADO CALIFICADOR

EL PROFESOR

José Ygnacio Capetillo y Martinez.



MÉXICO

IMPRENTA DE IGNACIO ESCALANTE,
BAJOS DE SAN AGUSTIN, NUM. 1.

1878

A LA

RESPETABLE MEMORIA DE MI PADRE.

EL estudio clínico de la insercion viciosa de la placenta y de sus inconvenientes, en mi concepto es de los puntos más importantes del arte de los partos; tanto porque dicha insercion es uno de los accidentes que ponen en más grave peligro la existencia de las madres y de los niños, cuanto porque atañe directamente á la responsabilidad y buen nombre de los parteros, quienes vacilan todavía sobre cuáles deben ser las reglas á que deben normar su conducta siempre que á la naturaleza place plantear tan peligroso problema.

¿De qué causas ha procedido la duda, y por qué no se ha marcado yá el sendero ineludible que debe andarse para salir airoso del empeño y arrancar de las garras de la muerte á numerosas víctimas que dan exánimes el último suspiro? Tal es, Señores, la pregunta que me he hecho en más de una ocasion. La lectura detenida de los clásicos más distinguidos, la meditacion de sus respectivas apreciaciones, y la crítica imparcial y severa que debe hacer todo el que estudie las cosas dudosas, han criado en mi ánimo la dolorosa conviccion de que el espiritu de escuela y el rutinarismo tienen la culpa de esta situacion, incompatible para mí con el estado avanzadísimo que por fortuna ha alcanzado hoy la Tocología.

Es innegable que la hemorragia uterina es uno de los accidentes muy

graves que estamos llamados á combatir con más frecuencia en la práctica. La vida de la madre, la del niño y la reputacion del partero dependen, en efecto, muy á menudo de la conducta que observa. No hay, segun mi sentir, otra circunstancia en que el práctico incurra en mayor responsabilidad. Es pues de nuestro deber fijar en ello toda la atencion; y cada vez que tengamos un hecho de esta especie, sea cual fuere la posicion social de la paciente, vigilarla y cuidarla sin descanso, dejando á un lado toda consideracion de molestia ó de pena, porque nuestra reputacion, la tranquilidad de nuestra alma y la vida de nuestra cliente y del niño están amenazadas. Burns, célebre partero inglés, ha dicho con justicia: « *Estoy convencido de que hago á los estudiantes el mayor servicio, cuando recomiendo estas consideraciones á su juicio y reflexion, cuando les ruego y encargo pesen bien la manera de conducirse en tales circunstancias y los cuidados necesarios que deben prodigar: hablo así en nombre de la existencia de sus enfermas, de su propia reputacion y de su propia felicidad. La calma, la irresolucion, el miedo, han precipitado á innumerables víctimas á la tumba*" . . . .

Aunque Mad. Lachapelle y Dugès pensaron que la hemorragia es generalmente activa, debida á una especie de mólimen-hemorrágico, y que puede tener lugar sin prévia rotura de los vasos, creo más bien con MM. Dubois, Jacquemier, Hubert, Naegele, etc. etc., que la hemorragia uterina es precedida siempre de la rotura vascular; sin que por esto pretenda negar que dicha rotura en ciertos casos sea el efecto de un trabajo activo, de una congestion de la placenta, ó de otro cualquiera, como la degeneracion grasosa, calcárea, etc. etc.

Para comprender bien la causa de la hemorragia uterina es preciso no olvidar que la placenta es un órgano viviente que se desarrolla en la superficie uterina sobre la cual se implanta y arraiga; que se halla ligada á la matriz por tejido conectivo y por una red de vasos; y que si bien la placenta es elástica, su elasticidad tiene un límite; de modo que si puede seguir, y en efecto sigue, los movimientos de expansion y de con-

traccion de la superficie correspondiente del útero, es con la condicion de no pasar más allá de cierto grado en uno y en otro.

Para comprender el mecanismo de la hemorragia uterina en el caso que me propongo estudiar más particularmente, el jurado me permitirá que examine sucesivamente los tres principales que pueden presentarse. 1.° insercion placentaria en el círculo polar superior; 2.° insercion en el círculo meridiano, y 3.° insercion parcial ó total en el círculo polar inferior.

1.° Cuando la insercion placentaria tiene lugar en el fondo de la matriz, en los límites del circulo polar superior, que es lo que acontece más frecuentemente por fortuna, la placenta y el útero se desarrollan y marchan simultáneamente: en consecuencia consérvanse sus relaciones y así se mantienen: áun cuando las paredes del útero se dilaten á veces con más rapidez que de costumbre, como en el hidroamnios, el embarazo gemelar, la preñez complexa, etc., etc., la placenta puede seguir el movimiento sin que sus relaciones se rompan por eso. Si la hemorragia viene en estas circunstancias, cual suele acontecer á menudo, es sin duda por la intervencion de causas que nada tienen que ver con la elasticidad limitada propia de los cotiledones placentarios.

Cuando el útero se contrae y aprieta durante la preñez *(contracciones indolentes)* y durante el trabajo *(contracciones dolorosas)*, no siendo muy considerable la retraccion uterina, el disco placentario por su elasticidad puede seguirle sin despegarse, sin perder sus conexiones conectivas y vasculares. Luego que las aguas salen, la retraccion de la matriz es más considerable; mas sin embargo, en las circunstancias ordinarias no basta esto todavía para producir el despegamiento placentario. No sucede lo propio cuando en el hidro-amnios, v. gr., el líquido sale de una vez y en totalidad, ni en los casos de preñez gemelar despues de la salida de uno de los productos, ni en el parto agripino despues de la salida del tronco: en estos casos lo comun es que la matriz se retraiga anatómicamente de un modo tan exagerado, que la pla-

centa no puede secundar el movimiento de retraccion y se desprende ántes de tiempo.

La placenta insertada en el fondo de la matriz puede desprenderse áun prescindiendo de estas consideraciones, á pesar de lo que se haya dicho en contra: se han visto casos en los cuales un golpe brusco sobre el punto de insercion haya producido el despegamiento; la hemorragia es entónces inmediata ó casi inmediata. Los sacudimientos fuertes, las conmociones violentas producen el éxtasis y la congestion de la placenta que un poco más adelante pueden determinar la rotura de los vasos: en estas circunstancias la hemorragia es tardía, se hace esperar más que en los casos anteriores.

La plétora general y la congestion uterina, sean cuales fueren sus causas, pueden determinar la dilatacion y la pérdida de las conexiones que unen á entrambas placentas. Destruidas estas conexiones sucede: 1.° que si los vasos rotos son delgados solo hay apoplegía placentaria, que puede ser más ó ménos nociva al desarrollo del feto, ó áun podrá pasar del todo desapercibida. 2.° si el derrame es más considerable y si se detiene entre el útero y los anexos del feto, hay una verdadera hemorragia, más ó ménos peligrosa, segun cada caso particular; y 3.° en fin, si la sangre extravasada despega la placenta y las membranas hasta el cuello, la hemorragia es mista, quiere decir, interna y externa.

La cantidad de sangre que se derrama entónces, á pesar de ser normal la insercion placentaria, no por eso deja de ser considerable; á veces es hasta peligrosa. Cuando la hemorragia es simplemente interna el peligro generalmente disminuye, porque cesa luego, tanto por la situacion misma del derrame en una cavidad artificial que no puede tener nunca grandes dimensiones, cuanto porque el huevo humano íntegro comprime á entrambas placentas contra las paredes del útero y obra así como un verdadero y eficacísimo hemostático: ¿cuál otro, en efecto, podria encontrarse mejor y más adecuado á las condiciones dichas?

2.º Cuando la placenta se inserta en la zona meridiana de la matriz, caso poco comun, pues solo he sabido de dos hechos recogidos en la práctica del profesor Rodríguez, los datos del problema son poco más ó ménos los mismos que los de la insercion normal de la placenta. Esto no obstante, cuando la insercion no se limita al lugar ántes dicho, sino que se extiende hasta tocar al círculo polar inferior, la predisposicion á las hemorragias por despegamiento prematuro aumenta hácia fines del preñado. Entónces, y solo entónces, es cuando la continuacion de la hemorragia, su resistencia tenaz á todos los medios usuales (excepto al tapon) y su influencia nociva sobre la vida ó solo sobre la salud de las madres, demanda el mismo género de asistencia que piden las pérdidas de sangre causadas por la insercion de la placenta en el cuello ó en sus cercanías.

3.º Una atencion más séria de nuestra parte exige la insercion de la placenta en las márgenes del cuello y en el cuello mismo.

Si la placenta tiene una parte de sus bordes próxima al cuello de la matriz podrá despegarse ó nó por el punto más cercano al orificio cervical, segun que se halle más ó ménos cerca de dicho orificio, que corresponda ó nó á las porciones que deben sufrir una ampliacion más considerable, y segun tambien que las membranas se rompan oportunamente ó subsistan intactas. Cuando la fuente amniótica se rompe es nulo ó casi nulo el atirantamiento de las fibras uterinas, y como quiera que la cabeza del feto penetra entónces más en el canal vulvo-uterino, ella misma comprime al borde del disco placentario, lo cual impide ó modera al ménos el despegamiento, y por consiguiente la hemorragia. Pero cuando las membranas no se rompen, las contracciones uterinas que impulsan á la fuente hácia fuera de la cavidad uterina, hácia la vagina, al propio tiempo levantan los bordes, de lo que naturalmente resulta el despegamiento placentario: la cabeza del feto, que segun se ha visto es un buen recurso hemostático en el caso anterior, en el presente no puede servir para eso, porque durante la contraccion uterina sube y por lo

mismo no llega à comprimir los bordes del orificio cervical, adonde se encuentra la implantacion y la fuente de la hemorragia.

La hemorragia por esta causa se declara al hacer un esfuerzo ligero, al cargar un objeto poco pesado, al subir à la cama, al bajar una escalera de fácil descenso, etc., etc., y otras ocasiones sin causa aparente. Pero es bien sabido que basta para determinarla una de esas contracciones no dolorosas que tienen lugar en la matriz en la corriente de la preñez, y con más particularidad en los meses mayores (8.° y 9.°) La mujer que se ha acostado sana, despierta las más veces bañada en sangre; ó al levantarse, ó à cualquiera otra hora del dia toma la bacinica para orinar, y arroja en ella una cantidad de sangre más ó ménos considerable.

En otros casos raros viene al principio del trabajo ó durante él: es abundante desde luego, ó solo consiste en un flujo contínuo que desaparece y vuelve al cabo de poco tiempo. Las reincidencias de la hemorragia se hacen por lo comun cada vez más abundantes y à la par más graves. Si la primera es leve, la mujer pronto recobra la tranquilidad y à ocasiones hasta se halla aliviada de las molestias que sintiera de parte de la matriz: cree que todo marcha bien y vuelve à ocuparse de sus quehaceres. *El práctico no debe fiarse en estos casos: esa seguridad es aleve, porque el accidente se reproduce cuando ménos se espera.*

Si la hemorragia es repentina y copiosa acarrea una grave postracion: el sistema nervioso se excita y suelen estallar accidentes histéricos ó neurálgicos muy dolorosos, sobrevienen bascas tenaces y palpitaciones cardíacas; en un grado más avanzado, cuando el agotamiento llega à su colmo, el pulso se pone filiforme, la respiracion dificultosa, hay vértigos, zumbido de oídos, la vista se ofusca, la piel se pone pálida, fria, y se descoloran los labios y la lengua. Llega un instante en que no queda más que un soplo de vida pronto à escapar. Tal es el cuadro que se observa en las hemorragias fulminantes que reconocen por origen la insercion de la placenta sobre el cuello, *centro por centro.*

Cuando las hemorragias, por ligeras que sean, repiten con continuacion, la piel se pone trasparente, como lustrosa y pálida, y la sangre se empobrece, de donde provienen los vértigos, la cefalea, etc., etc., etc.: como se comprende, ese estado de la sangre, esa difluencia que llega á alarmar, hace más fáciles y más peligrosas aún las hemorragias ulteriores. La difluencia de la sangre en las personas de constitucion anémica ó debilitadas por las hemorragias disminuye sensiblemente los efectos hemostáticos del taponamiento cuando se tarda mucho en ocurrir á este medio, *heróico* y *único*, como le llama mi maestro el Sr. Rodriguez.

Despues de una hemorragia, de dos ó más, suele suceder que el cuello se ablanda, se entreabre; casi sin dolores aparentes, ó con motivo de ligeras contracciones el trabajo se declara más ó ménos francamente y continúa hasta el fin ó se suspende en el momento ménos pensado, que es lo ménos comun. Como en lo general se debilita la contractilidad uterina, la marcha del trabajo es lenta, comunmente sucumbe el producto, y cuando no es expulsado sino que la matriz le retiene para evacuarle más tarde el parto tiene lugar sin hemorragia: la muerte del feto modifica considerablemente la vitalidad del órgano gestador y en esta virtud la circulacion de entrambas placentas.

Expuesto ya de una manera general y tan breve como me ha sido posible la manera con que se producen las hemorragias uterinas cuando la insercion placentaria se hace en la zona polar inferior de la matriz, pasaré á ocuparme de los medios á propósito para remediar el mal y evitar los peligros que inevitablemente trae aparejado, permitiéndome las personas ilustradas que me escuchan, que en pró de la claridad y de la brevedad en asunto tan práctico como el de que me ocupo, ni referencia haga de ciertas opiniones que han reinado en la ciencia y que fueron aceptables hasta el momento en que la anatomía patológica vino á dar al arte la claridad apetecida y á contradecirlas abiertamente.

El diagnóstico de la hemorragia no es difícil de establecer: se ve la

sangre, y àun cuando no se vea (hemorragia interna), se reconocen fácilmente los trastornos generales de que siempre se acompaña. Sin embargo, puede haber circunstancias que induzcan á cometer un yerro, ya sobre la naturaleza del accidente y ya tambien sobre el orígen de la sangre; por ejemplo:

I. La sangre puede venir de la rotura de una vena de la vagina, ó de la vulva (Trombus vaginal y vulvar).

II. Puede provenir tambien de la desgarradura del cuello de la matriz. En uno y otro caso la solucion de continuidad se puede hacer constar directamente.

III. Puede venir de un carcinoma del cuello uterino, cuya causa se puede hallar tambien.

IV. Puede ser ocasionada asimismo por la rotura de la matriz, cuyos síntomas están muy léjos de ser los de la hemorragia por insercion anormal de la placenta.

Cuando se trata de la verdadera hemorragia uterina impórta desde luego reconocer si la placenta se halla ó no implantada en la zona cervical de la matriz, porque la gravedad del accidente y la energia de los medios que deben emplearse están subordinados á cada situacion.

Si la pérdida de sangre aparece en los dos ó tres últimos meses de la gestacion, sin motivo manifiesto, ó bajo el influjo de una causa ligera, de un pretexto frivolo, sobre todo, cuando *reincide*, es muy probable que si la placenta no está sobre el cuello mismo, no se halle muy lejos, en sus márgenes. El tacto basta para adquirir esta certidumbre y para disipar todas las dudas. Es indispensable explorar con sumo cuidado el segmento inferior de la matriz, tener en cuenta la facilidad ó dificultad de reconocer la region abocada del feto, y sobre todo, apreciar el grueso de las partes blandas interpuestas entre aquella y el dedo explorador. Si el espesor de la pared es considerable, es necesario precisar rigurosamente hasta dónde se extiende en tal ó cual sentido. Si el cuello es accesible y estuviere dilatado ó dilatable, y la placenta le

cubre, el dedo encontrará un cuerpo esponjoso, desigual, bocelado, fungoso, más fijo que los coágulos sanguíneos y bastante grueso para impedir tocar claramente la region tocológica presentada. Si la insercion no es más que marginal, se encuentra hácia un lado el borde despegado del disco placentario, más grueso que las membranas tomentosas con las cuales se continúa (saco amniótico) y á través de las cuales es fácil conocer y definir la posicion.

En los casos en que ya están rotas las membranas el borde placentario despegado se halla flotante: el dedo penetra al recinto del huevo por un lado, y por el otro encuentra obstruido el paso por las porciones placentarias adherentes todavía.

La insercion de la placenta puede estar léjos del cuello, y entónces es más difícil reconocer su verdadera situacion: como quiera que esto es un punto muy importante, creo, con varios autores, que el reconocimiento vaginal, por penoso que puede ser á la mujer, debe practicarse introduciendo toda la mano en la vagina y los dedos índice y medio dentro de la matriz, para poder explorar mejor y darse cuenta exacta de lo que hubiere. Tal es la práctica del Sr. Rodríguez.

A pesar de todo, si la hemorragia se ha contenido de pronto, ó si hay coágulos hemostáticos, es oportuno aplazar las exploraciones para un poco más tarde y resolver entónces lo que fuere necesario.

El pronóstico de la hemorragia producida por las causas de que me ocupo es en lo general funesto para la madre y el producto, si no se procede con la suficiente decision y pericia.

Es funesto para la madre, porque cuando no la mata en el acto por agotamiento, por síncope, la expone á perecer ó á sufrir por la necesidad de emplear, segun las indicaciones, medios más ó ménos peligrosos y molestos, por el traumatismo inevitable que determinan el parto manual, la version y la aplicacion del forceps. Estas maniobras, por diestro que sea el operador, por habituado que esté á esta clase de lances, traen siempre accidentes, que son más de te-

mer, en las difíciles circunstancias en que suelen encontrarse colocadas las pacientes. Muchas ocasiones, en efecto, se tiene que intervenir cuando el cuello y el resto del canal vulvo-uterino áun no están convenientemente preparados; así, no es extraño que el conducto se maltrate, se desgarre; siendo el cuello uterino el sitio del mal, es lógico y muy natural que tambien sea el que sufra mayor traumatismo, pues por lo insólito de sus condiciones vasculares está más susceptible, mejor dispuesto á padecer, así como tambien á abrir paso franco al veneno puerperal.

Es funesto para el producto, porque desde el momento en que deja de hacerse integralmente la osmosis se halla privado de una parte más ó ménos considerable de sus elementos de nutricion y de hematosis: nace muerto ó excesivamente débil, áun cuando su expulsion sea obra de los solos esfuerzos de la naturaleza. El cordon umbilical, por la misma disposicion viciosa de la insercion placentaria, está predispuesto á procidir, á caer y á ser comprimido. A todo esto hay que añadir las lesiones graves irremediables que pueden causársele durante las maniobras del parto artificial ejecutado en circunstancias tan desfavorables y apremiantes.

La hemorragia á que me he venido refiriendo es grave siempre, pero la gravedad es mucho mayor en las nulíparas que en las multíparas, porque el estado del orificio uterino en aquellas hace difíciles, tardios é inoportunos los socorros del arte. Por esta misma causa la hemorragia es tambien más peligrosa ántes de que se insinúe el trabajo del parto que despues.

TRATAMIENTO.

Antes de entrar en pormenores sobre el tratamiento de la hemorragia por insercion viciosa de la placenta, creo indispensable fijar el sentido clínico de los calificativos con los cuales se le especifica.

Se dice que una hemorragia es *leve*, siempre que no es tan abundante que ocasione una debilidad notable: en el caso contrario es *grave*. La gravedad no debe ser valuada por la cantidad de sangre que se pierde, sino por los efectos que una pérdida, por corta que sea, ocasiona en el organismo. Para la apreciacion de la gravedad de una hemorragia, ¡cosa rara! P. Dubois para nada tiene en cuenta la insercion placentaria. Entre nosotros, para los Sres. Torres, Espejo, Rodríguez y otros profesores, una hemorragia debida á la insercion anormal de la placenta sobre el cuello ó sus márgenes es un caso demasiado grave, pues áun en aquellos hechos en que aparece leve al principio, no tarda mucho en volverse grave, ya por su abundancia, ya por su repeticion y tenacidad desesperantes.

Se entiende por *cuello dilatable*, aquella disposicion del cuello que, sin estar dilatado, permite por su blandura y flexibilidad la introduccion de un dedo, luego de otro, y por último el paso de toda la mano.

Las reglas que generalmente se observan para detener una hemorragia de la especie de que se trata, están tomadas por casi todos los autores del cuadro clásico de P. Dubois: este célebre partero la incluye en las hemorragias graves ordinarias, y por eso aconseja los medios generales: aire fresco, posicion horizontal, bebidas frias y ácidas, vaciar el recto y la vagina, los tópicos refringerantes, el cuernecillo de centeno, el opio, etc., etc., y romper las membranas, *áun cuando el cuello no sea fácilmente dilatable.* Con perdon de tan afamado maes-

tro diré, que nada de eso vale para el caso de que se trata. En apoyo de mi manera de ver, ahí está lo que la experiencia enseña. Por eso sigo más bien las doctrinas de nuestro profesor de Clínica obstetricial. Él dice y repite en sus lecciones clínicas, que: «Tan luego como el par- « tero llegue á tener el convencimiento de que una hemorragia es ocasio- « nada por la insercion anómala de la placenta, cuando el orificio ute- « rino está aún cerrado é interdicha toda operacion manual, no hay me- « dio más seguro ni más eficaz para detener la hemorragia, y preparar « á la vez las cosas para llevarlas á buen término, que el taponamiento « vaginal. Los medios hemostáticos recomendados generalmente para « contraer las fibras lisas y los tejidos contráctiles no sirven ni pueden « servir en tales circunstancias, como vais á ver.»

« El proceso de la hemorragia por implantacion viciosa de la placenta « es el siguiente: los vasos cotiledonarios de ambas placentas constitui- « dos definitivamente en el sitio anormal, á una época avanzada de la pre- « ñez ó al término de ella, segun los casos, son tirados, urgidos, por un « movimiento orgánico evolucionario para el que no están preparados de « ninguna manera, porque la trama que su conjunto forma carece del « grado de elasticidad que por la trasformacion muscular adquiere el órgano « gestador de un modo lento y progresivo. Una vez inaugurado el conflicto, « tiene que proseguir invariablemente: esto supuesto, de esa lucha entre « un órgano que tiende á dilatarse y otro que tiende á permanecer en su « estado, tiene que venir al fin la rotura de unos vasos, luego la de otros, « la hemorragia consiguiente, y si no se pone remedio eficaz y oportuno « madre é hijo mueren exangües inmediatamente ó á un plazo muy bre- « ve. ¿Qué influencia, pregunto, pueden tener sobre accidente tan serio, « el ácido carbónico y el cuernecillo de centeno? ¿Cuál puede ser la de las « altas dósis de opio que emplean Burns y los de su escuela? ¿De qué « servirán los astringentes introducidos al torrente circulatorio ó aplica- « dos en el sitio mismo del desastre?... Tengo que decirlo, por duras que « aparezcan mis palabras: el método clásico de P. Dubois, secundado has-

« ta hoy inconcientemente, permitaseme la frase, ó acaso porque no se ha « creido lícito sujetarle á la crítica; secundado, repito, por la genera- « lidad de los médicos de aquí y de otros lugares, es inútil y peligroso: « inútil, porque la experiencia enseña que no remedia el mal; peligroso, « porque dejando tranquilos á los que ciegamente, ó por sistema, obede- « cen la consigna, abandonan el campo á un enemigo tan alevoso como « fiero.

« Yo excito á mi auditorio á que escuche con atencion mis palabras. « Quien quiera salvar á su cliente, presa de la angustiada situacion que « trae aparejada la placenta prévia, no olvide nunca la práctica de Luisa « Bourgeois * (conocida por Boursier), la primera que comprendió la « importancia de vaciar la matriz para contener con seguridad la hemor- « ragia y salvar la vida de las madres y de muchos niños. »

« La rotura de las membranas es sin duda el mejor medio de conte- « ner una hemorragia leve producida por la dilatacion del orificio uteri- « no en caso de insercion marginal de la placenta. Pero nunca deberá « olvidarse que para que este medio surta eficazmente es *indispensable* « *que el orificio esté ya dilatado ó sea muy dilatable.* Si falta cual- « quiera de estos requisitos, no hagais lo que P. Dubois aconseja, quie- « ro decir: no rompais la fuente amniótica, ni mucho ménos vayais á dar « luego el centeno, porque haréis imposible, ó muy difícil al ménos, el « parto artificial. Si el orificio ni está dilatado, ni es dilatable, ora sea « marginal la insercion, ora sea central, el taponamiento y la sobrevigi- « lancia os servirán, yo os lo aseguro, para dar al caso una solucion satis- « factoria. Recomiendo la vigilancia más cuidadosa, porque el tapon « puede convertir en interna la hemorragia que ántes era externa, cuyo « cambio es muy de temerse cuando la mujer ha perdido mucha san- « gre: entónces el tejido de la matriz está más flojo, más inerte, y en « consecuencia mejor dispuesto para dejarse dilatar por la sangre. El ta- « ponamiento bien hecho, el vendaje apretado de vientre y la vigilancia

* Véase el Tratado sobre la esterilidad.—Paris, 1609, ó á Astruc. 1878.

«salvarán á la parturiente. Cuando el conjunto de estos medios haya «producido la dilatacion del orificio, sin vacilacion alguna y sin pérdida «de tiempo debe ejecutarse lo que aconseja y practica el célebre par- «tero de Edimburgo: la extraccion de la placenta y el parto artifi- «cial.»*

El Sr. D. Ignacio Torres profesa las mismas ideas, como mis lectores pueden verlo en las reflexiones con que termina las tres observaciones importantes que se ha dignado proporcionarme. En ellas se lee: que el taponamiento es el mejor medio de contener la hemorragia que proviene de una insercion viciosa de la placenta; que la antigua práctica de perforarla, cuando está insertada centro por centro, es mala á todas luces; que mejor es despegarla por los bordes, pues así hasta se logra á veces salvar la vida del producto de la concepcion.

El Sr. D. José Ferrer Espejo sigue las mismas doctrinas, segun se puede ver en la observacion que se sirvió mandarme, y que considero del más alto interés, porque, como el Sr. Torres, en pocas palabras condensa los preceptos de la buena y salvadora práctica en la árdua cuestion de que me he estado ocupando.

Véase ahora cuál es el método de Sympson á que el Sr. Rodriguez hace referencia.

Sympson, con la muy racional mira de evitar á todo trance el parto forzado, puesto en ejecucion por Puzos é inventado por Smellie, aconseja extraer la placenta ántes de que nazca el niño, dado caso que el trabajo continúe avanzando despues sin ninguna traba. De 141 observaciones recogidas por el distinguido partero, resulta:

1.° Que de 20 veces, 19 ha cesado la hemorragia completamente ó ha perdido todo carácter alarmante despues de la extraccion de la placenta.

2.° Que la mortalidad para las mujeres ha sido de 10 sobre 141, ó

* Lecciones de Clínica de Obstetricia dadas en 1870 por el profesor D. Juan M. Rodriguez, y recogidas por D. A. Contreras.

sea 7 $\frac{13}{141}$ por ciento, miéntras que en el parto forzado hay una pérdida de 33 $\frac{1}{3}$.

Las circunstancias en que Sympson apela á este medio, son: 1.ª Cuando el producto no es viable ó ha muerto. 2.ª Cuando la rotura de las membranas y el taponamiento no han bastado para contener la hemorragia. 3.ª Cuando el cuello uterino sea muy poco dilatable, de suerte que la version sea impracticable ó muy peligrosa.

Es cosa bien sabida que R. Lee, Ashwell y otros han atacado vivamente este procedimiento operatorio; pero ¿cuál es el medio superior que le oponen los contradictores frente á frente? *El parto forzado y la version, per fas et nefas* (textual). ¿Se dará cosa más irracional?

Bien comprendo que el desprendimiento de la placenta por medio de los dedos ó de la sonda es difícil á ocasiones, pero debo insistir en ello: es preferible tener que esforzarse en la maniobra, á esforzarse en penetrar dentro del útero con violencia é intentar luego una operacion en las circunstancias ménos favorables, puesto que precisamente son contrarias á las que el arte exige para hacer con la destreza y lisura apetecibles la version podálica.

Cuando la insercion placentaria es central, una vez rotas las membranas (prévia la dilatacion del cuello por el tapon, segun llevo dicho), se extrae la placenta, introduciendo la mano por el punto desprendido, y luego se termina el parto.

No se vaya á creer, por lo que he dicho, que audazmente pretendo poner mis opiniones al nivel de las de los profesores ántes citados. No; mi única mira ha sido hacer una exhibicion de pruebas que demuestren, que ajustando el partero su conducta á las reglas que ellos preconizan y ejecutan, se puede estar perfectamente seguro de llenar los deberes de la profesion con ciencia y con conciencia. Podrá ser que áun siguiéndolas, en alguno ó en algunos casos el éxito sea funesto; pero puedo asegurar que hasta hoy al ménos no tengo que arrepentirme de haberlas puesto en planta.

Para concluir voy á redactar con cuanta claridad me sea posible el

código de los procedimientos tocológicos en caso de insercion viciosa de la placenta.

1.° En caso de hemorragia durante los meses mayores del embarazo debe procurarse hacer el diagnóstico exacto del punto donde está situada la placenta.

2.° Si el partero se llega á convencer de un modo que no le deje duda alguna de que la hemorragia es producida por la insercion viciosa de la placenta, áun cuando la pérdida de sangre en el momento de la visita fuere leve, deberá aplicar el tapon, tomando ántes las precauciones que previamente exige el taponomiento vaginal (vaciar el recto, la vejiga, etc., etc.)

3.° Si las membranas estuvieren rotas y se hubieren derramado las aguas del amnios, no estando aún ni dilatado ni dilatable el cuello uterino, además de aplicar el tapon, pondrá á la paciente un vendaje abdominal ajustado y por ningun pretexto se separará de ella. Su separacion en tales circunstancias es de inmensa responsabilidad.

4.° Si al reconocer á la mujer encontrase íntegras las membranas, implantada la placenta solo en la márgen del cuello, y dilatado ó muy dilatable el orificio uterino, deberá romper la fuente y observar el efecto hemostático de esta medida, para ejecutar despues el parto manual ó dejarle subordinado á los esfuerzos de la naturaleza, segun que la pérdida de sangre continuare ó se contuviere.

5.° Se comprende sin esfuerzo que debe observarse la misma conducta, cuando despues de haber quitado el tapon se encontrare con que este medio ha dispuesto ya las cosas de la propia manera.

6.° Si en las circunstancias anteriores (cuello uterino dilatado ó dilatable y membranas rotas) *el producto estuviere muerto, el práctico deberá despegar luego la placenta y extraerla, con cuyo medio tambien se contiene á veces la hemorragia, y se abandonará el parto á los esfuerzos de la naturaleza, ó bien se efectuará éste inmediatamente si la pérdida de sangre continuare.*

7.º *Si en las circunstancias de la regla anterior, ora sea marginal, ora sea central la insercion placentaria, el producto viviere, inmediatamente despues de despegar y sacar la placenta se hará la version con la premura y cuidado que á la vez demanda la urgencia del caso* (festina lente). *Si faltare el requisito indispensable de la version, esto es, la movilidad del feto, se aplicará el forceps. Si la presentacion fuere pelviana se hará el parto manual; no olvidando en ningun caso el dinamismo del trabajo en todas las presentaciones y posiciones posibles.*

México, Mayo 15 de 1878.

J. Ygnacio Capetillo.

ALGUNAS OBSERVACIONES NACIONALES INEDITAS

QUE PRUEBAN LA EFICACIA
DE LAS REGLAS ESTABLECIDAS EN ESTA TÉSIS.

Sr. D. Ignacio Capetillo.

Su casa, Mayo 8 de 1878.

Muy apreciable amigo y compañero. Deseando complacer á vd. en el pedido que me hace de algunas historias sobre placenta prévia, tomo esta vez la pluma, contra mi natural inclinacion, para referirle algunas historias, en las que, por no haberse seguido las reglas del arte, han tenido mal resultado las enfermas ó sus infantes: dejando á un lado otras que podria referir de buen éxito por parecerme más instructivas las primeras.

1ª El primer caso que voy á referir á grandes trazos es el de una señora como de 26 años de edad, de buena constitucion, la que habiendo tenido dos partos felices, en su tercer embarazo, desde el quinto mes, comenzó á tener cortas hemorragias, que fueron aumentando hasta el noveno, en que presentándose algunos dolores se pensaba favorecer el parto por medio del centeno; pero reconocida que fué por mi, hice notar á mis compañeros que el cuello del útero estaba poco dilatado, que todavía no estaba ni áun dilatable, pues presentaba mucha resistencia, y que la hemorragia estaba sostenida por la insercion marginal de la placenta, segun habia yo tocado; que en mi concepto la indicacion era poner un tapon que contuviera la hemorragia, y que si no la contenia haria la dilatacion del cuello del útero, y entónces, rompiendo las membranas, vendria la cabeza á comprimir la placenta haciendo que cesara la hemorragia, y dejando reponer á la enferma, se podria aguardar un parto natural en una persona que se necesitaba fuera así, pues estaba muy destruida por las pérdidas que habia tenido. Mis compañeros accedieron á mis observaciones; pero segun me dijo despues el mé-

dico de cabecera, el marido no habia querido que pusiera el tapon, sino que se siguiera combatiendo la hemorragia con los mismos medios que hasta allí; refrigerantes, astringentes, opio, etc. La enferma continuó perdiendo sangre toda la tarde, y muy avanzada la noche se presentó el parto de un niño muerto, terminando igualmente los dias de la enferma que murió en el acto del parto.

2ª El otro caso que voy á referir es el de una señora como de 30 años de edad, de buena constitucion, la que habiendo tenido cuatro partos buenos, en su quinto embarazo comenzó á tener hemorragias desde el sétimo mes. A pesar de esta circunstancia importante para el diagnóstico, los dos facultativos que la asistieron creyeron que se trataba de una hemorragia por congestion uterina y usaron los medios generales que vd. sabe, acompañados del opio, de los refrigerantes, astringentes, etc.; pero citado yo para una junta, manifesté que se trataba de una placenta inserta en el cuello centro por centro, siendo para mí la indicacion el uso del tapon. Hasta ahora ignoro por qué no se puso; pero en la noche fui llamado violentamente porque se habian presentado los dolores de parto, y con ellos una fuerte hemorragia que no cedia á los medios usados. Lo primero que hice, despues de reconocer la dilatacion del cuello del útero, fué desprender por sus bordes la placenta, é inmediatamente terminó la hemorragia: mandé en el acto por el forceps, pues aunque los dolores estaban regulares y el feto adelantaba en cada dolor, temia yo la asfixia, no obstante que se movia violentamente. En efecto, así sucedió; tardó mucho el enviado en volver, y tuve el sentimiento de que el feto pereciera por no haber tenido con oportunidad el instrumento.

3ª El tercer caso de que hablaré á vd. es el de una jóven de 20 años de edad, que en su segundo embarzo presentó la placenta prévia centro por centro. Desde los siete meses pudo descubrirse por su facultativo y atenderla debidamente. Pero en el parto, para que fui citado, tratando de combatir la hemorragia el facultativo de cabecera perforó la placenta para sacar por allí el feto con el forceps. Mi opinion fué negativa en este punto; pero sin embargo hizo la perforacion con la mano: la hemorragia fué espantosa, el feto se quedó dentro, porque no pudo hacer la aplicacion del instrumento y yo tuve que hacer la version para que el útero se contrajera, quitando despues los pedazos de placenta que estaban dando sangre.

Debemos concluir de estos tres casos, que en el primero se desconoció el mal y por eso no se usó del medio mejor para contener la hemorragia; que una vez convenidos en el tratamiento, y no queriendo adoptarle el marido,

debió retirarse el médico de cabecera para dejarle al primero toda la responsabilidad.

En cuanto al segundo caso tambien fué desconocido, y despues de que se conoció se hizo mal en no haber aplicado el tapon. El buen resultado que obtuve respecto de la madre, con el desprendimiento de la secundina ó placenta, prueba que así debe obrarse en estos casos; pero tambien que el médico debe ir acompañado del forceps, en cualquiera circunstancia que se trate de parto, pues creo que si inmediatamente hubiera obrado con él tal vez hubiera salvado á la criatura.

Por último, en el tercer caso se observa que la práctica antigua de perforar la placenta es mala, por la hemorragia que se presenta, porque el feto se asfixia inmediatamente, como que se rompe la placenta por el punto más vasicular; porque no se le deja el paso libre al feto, pues teniendo que obrar la mano de abajo arriba, el orificio superior es más estrecho que el inferior.

Es cierto que en el caso que desprendí la placenta por los bordes el niño tambien pereció; pero fué por no haber tenido á la mano el forceps, pues otras veces que he operado de esta manera regularmente se ha salvado la criatura. Pero se notará desde luego que la hemorragia cesó, lo que facilita mucho cualquiera operacion. Se me dirá que porqué en el segundo caso no obré como en el tercero, esto es, porqué no hice la version? La razon fué, porque las contracciones del útero eran tan fuertes, que inmediatamente entró la cabeza en la excavacion, habiendo pasado el cuello del útero; de consiguiente no pude obrar en un caso como en el otro.

En fin, amigo mio, si vd. cree que se necesita explicacion sobre algun punto que no esté claro, hágame vd. favor de decírmelo, pues tendrá el mayor gusto de aclarárselo su afectísimo amigo y compañero Q. B. S. M.—Ignacio Torres.

Observacion 4.ª, del Sr. Espejo.—Encargado el dia 7 de Abril del presente año por mi digno y estimable comprofesor D. Juan M. Rodriguez (que en esos momentos tenia precision de salir fuera de la Capital) de la asistencia médica de una parturienta, en su difícil y laborioso parto, é invitado despues por el mismo para escribir lo observado, referiré sucintamente lo que encontré notable en este caso.

La mujer, de 29 años de edad, constitucion robusta y habitualmente sana, ha tenido tres partos de término, dos prematuros y un aborto de cinco meses. El último embarazo, que ha alcanzado al octavo mes, no ha necesitado de intervencion médica.

Hallé á la parturienta, que segun me informó la partera Sra. Patiño que la asistia tenia dos dias de sufrir los dolores de parto, tranquila en su aspecto, con la fisonomía algo contraida, calor más elevado que el natural, regular el pulso y muy adolorido el vientre: el trabajo marchaba con lentitud, habia hydroamnios y el feto ya habia sucumbido. Los dolores que habian comenzado con regularidad habian seguido luego poco intensos, cortos y tardios. La hemorragia, que se habia insinuado desde el primer dia y que procedia de la insercion central de la placenta, se hizo tan pertinaz que esto obligó á la partera á poner el tapon. Habiéndole quitado al cabo de algunas horas y siguiendo la hemorragia, por órden del Sr. Rodriguez se le volvió á poner en el acto. Algun tiempo despues quité este segundo tapon para examinar el estado de las cosas, y hallando que el orificio uterino solo tenia cosa de dos centímetros de dilatacion, volví á recurrir al taponamiento con la mira de detener la sangre que seguia derramándose y disponer el orificio uterino del modo que se necesitaba para emprender las maniobras indicadas.

Algunas horas despues los dolores se hicieron eficaces. Quité el tapon, encontré dilatado el orificio, despegué la placenta, rompí la fuente, se derramó una enorme cantidad de líquido amniótico, y extraje por version podálica un feto muerto que estaba situado en la segunda posicion del hombro izquierdo. La hemorragia cesó en el acto, y aunque la mujer sucumbió algunos dias despues, la muerte fué causada por una metro-peritonitis intensísima que se declaró desde el segundo dia del puerperio.

Observacion 5.ª—En el mes de Enero de 1872 fuí llamado por el médico de cabecera de la Sra. Doña N. N., que vivia en el Puente Quebrado núm. 10, la cual tenia una hemorragia sumamente grave, debida á la implantacion marginal de la placenta. Se le habia administrado, entre otros medios hemostáticos, el cuernecillo de centeno á pequeña dósis: como estaba el cuello dilatable rompí la bolsa de las aguas, y viendo que este medio no surtia despegué la placenta é hice la version podálica, extrayendo un niño que hacia tiempo estaba muerto. La hemorragia se detuvo inmediatamente despues de hecha la operacion. Fuí muy ventajosamente auxiliado por los Sres. D. Jesus Hernández y D. Rosendo Gutierrez, así como tambien por la partera Doña Jesus Orozco.

Observacion 6.ª—A principios del año de 1874, mi sentido amigo el Sr. D. Francisco Brassetti me encargó de la asistencia de una de sus clientes, Doña G. R. de Z.... que vive en la calle de las Escalerillas núm. 11, y estaba al cuidado de la partera Doña Cármen Patiño. Se habia diagnostica-

do por ambos, placenta prévia. En la noche que vi á la enferma pude cerciorarme de la exactitud del diagnóstico: en efecto, habia una insercion marginal de la placenta; el embarazo era de ocho meses, el feto vivo se presentaba en 1.ª de vértice; la hemorragia era de mucha consideracion. Como el cuello estaba algo dilatado y las membranas íntegras puse el tapon, consiguiendo con eso detener la pérdida. Volvió á aparecer en la tarde del mismo dia. Reunidos los Sres. D. Luis Muñoz, Brassetti y yo, se me dejó la eleccion del procedimiento y operé segun las reglas aconsejadas por Sympson; rompí la bolsa, extraje la placenta, y despues, por la version podálica, á un niño vivo: la hemorragia se detuvo; la señora no padeció de accidente alguno y ha vuelto á tener dos partos felices.

Observacion 7.ª—En el mes de Enero de 1876 el Sr. D. Pablo Córdova me hizo ver á una mujer que vivia en el ex-convento de San Juan de la Penitencia, la que hacia seis dias tenia una hemorragia consecutiva á la implantacion marginal de la placenta: el feto estaba muerto y se presentaba en 3.ª vértice, el cuello sumamente blando y dilatable, la bolsa íntegra, el estado general de la paciente sumamente grave, con síncopes repetidos, basca y enfriamiento de las extremidades, pulso pequeño y frecuente. Rompí la bolsa, hice el despegamiento de las membranas y en seguida la extraccion del producto; la hemorragia se contuvo, pero la mujer sucumbió de agotamiento pocas horas despues de haber sido operada.

Observacion 8.ª—En el mes de Junio de 1876 vi á la Sra. Doña N. N. que vivia en la calle de Tiburcio núm. 5, y que era asistida por la partera Doña Dolores Roman: la hemorragia habia aparecido á los ocho y medio meses del embarazo y era debida á la insercion marginal de la placenta. Como el cuello está poco dilatado y nada dilatable puse el tapon, con lo que de pronto se detuvo la hemorragia; volvió á presentarse ésta 36 horas despues con mucha más fuerza. El cuello, ya más dilatado y muy dilatable, me permitió, siguiendo los consejos de los Sres. Rodríguez y Espejo, quienes se dignaron acompañarme á este lance, poner en práctica el procedimiento de Sympson: rompí la bolsa amniótica, extraje la placenta y en seguida hice la version podálica. El producto estaba en 1.ª de vértice y habia muerto algunas horas ántes de hacer la operacion. Una vez hecha ésta, la hemorragia se detuvo, y la señora salvó, á pesar de haber tenido despues accidentes muy graves (metro-peritonitis é infarto de ambos ligamentos anchos).

Observacion 9.ª—En el mes de Octubre de 1876 concurrí con el profesor D. Manuel Roman á ver á la Sra. Doña A. L... que vivia en la 2.ª

calle del Niño Perdido, núm. 6. Desde el sétimo mes de su embarazo habia comenzado á tener pequeñas hemorragias que se contuvieron con el reposo y la posicion horizontal; todo lo cual hacia creer á la señora que estaba amenazada de aborto. Mas apénas se insinuó el trabajo del parto la hemorragia fué muy alarmante; la placenta estaba inserta en la márgen del cuello; le produjo síncope, enfriamiento y basca. Apliqué el tapon, porque el cuello uterino no estaba todavía dilatado, ni era dilatable, y con él se detuvo la pérdida. Algunas horas despues se le quitó y se pudo reconocer que el cuello estaba dilatado lo bastante para intervenir por el procedimiento de Sympson. El niño vivia y se presentaba en 2.ª del hombro izquierdo. La operacion se hizo con toda felicidad, y la madre y el niño salvaron.

Observacion 10.ª—La Sra. de C... en la calle del Sapo, núm. 2, presentó al fin de su embarazo y en los momentos del parto, el mes de Noviembre de 1876, una fuerte hemorragia debida á la implantacion de la placenta centro por centro. Su médico, mi estimable amigo el Sr. D. Pablo Córdova, tuvo la amabilidad de solicitarme; y como las membranas estaban íntegras, la presentacion era de tronco (1.ª del hombro derecho) y el niño vivia, creí, visto el estado de dilatabilidad del cuello, que era el momento de operar por el procedimiento de Sympson: la operacion fué coronada del éxito más feliz; la madre y el hijo salvaron; la hemorragia se contuvo. La señora áun padece de una *phlegmatia-alba-dolens*, de que comenzó á sufrir desde los primeros dias del puerperio.

Maiz — 225
Efectivo — 138
Cebada — 18 = 00
Velas — 3 - 50
Escoba — 6 - 00
Maiz cat — 6 - 00
Enseres — 15 - 00
Efectos — 8 - 00
Maiz en — 25 - 00
Haba — 10 - 00
$450 -
295
15

43

2 - 18
1 - 02
3 - 28

21875
2 1850
24 - 06 00

550
41
550
2200
22550

7

85
40
170
295